

# ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 14 ■ N° 32 (2019)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)  
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

## **Directeur de publication**

Namory Keita

## **Rédacteur en chef**

Telly Sy

## **Comité de parrainage**

Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Ministre de la Santé

Recteur Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Doyen FMPOS

Secrétaire général CAMES

M Kabba Bah, MP Diallo, RX Perrin, E Alihonou, F

Diadhiou, M Kone, JC Moreau, H Iloki, A Dolo,

(CAMES)/A Gouazé (CIDMEF), G Osagie

(Nigeria), H Maisonneuve (France)

## **Comité de rédaction**

N Keita, MD Baldé, Y Hyjazi, FB Diallo, F

Traoré (Pharmacologie), T Sy, IS Baldé

AB Diallo, Y Diallo, A Diallo, M Cissé

(Dermatologie), M Doukouré (Pédopsychiatrie),

ML Kaba (Néphrologie), OR Bah (Urologie), NM

Baldé (Endocrinologie), A Touré (Chirurgie

Générale), LM Camara (Pneumo-phtisiologie), B

Traoré (Oncologie), DAW Leno, MK Camara

## **Comité de lecture**

E Alihonou (Cotonou), K Akpadza (Lomé), M A

Baldé (Pharmacologie), G Body (Tours), M B

Diallo (Urologie), M D Baldé (Conakry), N D

Camara (Chirurgie), CT Cissé (Dakar), A B

Diallo (Conakry), F B Diallo (Conakry), OR

Diallo (Conakry), A Fournié (Angers), Y Hyjazi

(Conakry), N Keita (Conakry), YR Abauleth

(Abidjan), P Moreira (Dakar), GY Privat

(Abidjan), R Lekey (Yaoundé), JF Meye

(Libreville), CT Cissé (Dakar), A Diouf (Dakar),

RX Perrin (Cotonou), F Traoré (Conakry)

## **Recommandations aux auteurs**

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

**Conditions générales de publication** : la revue adhère aux recommandations de l'ICMJE dont la version officielle actuelle figure sur le site

[www.icmje.org](http://www.icmje.org)

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times

New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par Email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita Maternité Donka CHU de Conakry BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 664 45 79 50;

Email : [namoryk2010@yahoo.fr](mailto:namoryk2010@yahoo.fr)

2. Professeur Agrégé Telly Sy; Maternité Ignace Deen CHU de Conakry BP : 1263

Conakry (Rép. de Guinée)

Tel.:(224)622217086;(224)664233730

Email : [syntelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.

## Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point. Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

Page de titre : elle comporte :

- Un titre concis, précis et traduit en anglais
- Les noms et initiales des prénoms des auteurs
- L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
- L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées

Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.

Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :

- Pour une revue : 1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à

la Clinique Gynécologique et  
Obstétricales du CHU Ignace DEEN. Journal de  
la SAGO 2002; 3(2):7-11  
- Pour une contribution à un livre : 2. Berland M.  
Un état de choc en début de travail:  
conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique  
de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 :  
218-225  
- Pour un livre : 3. Lansac J, Body G. Pratique de  
l'accouchement.  
Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 : 349.  
- Pour une thèse : 4. Bah A . Les évacuations  
obstétricales : aspects épidémiologiques et  
pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique  
du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry  
2001; 032/03 04 : 165p X

Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être  
réduit au strict minimum nécessaire à la  
compréhension du texte. Les tableaux seront  
numérotés en chiffres romains et les figures en  
chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le  
texte.

Après acceptation définitive de l'article, des  
modifications mineures portant sur le style et les  
illustrations pourront être apportées par le comité  
de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer  
la parution dudit article.

**Le comité de rédaction**



BP: 3470 Conakry  
Rue KA 028 Almamya  
Tel: +224 664289196  
Site web : [www.guinee-harmattan.fr](http://www.guinee-harmattan.fr)

# Table des matières

## ARTICLES ORIGINAUX (ORIGINAL PAPERS)

- Facteurs d'echec du traitement chirurgical des fistules obstetricales : à propos de 49 Cas opérés à l'hopital de zone de Tanguieta au nord du Benin en 2018**  
Ogoudjobi OM, Hounkpatin BIB, Dangbemey P, Aholou MAR, Tshabu Aguemon C, Zannou ARF, Aboubakar M, Lokossou MSHS, Yunga Foma JDD, Rochat C-H, Perrin R-X.....1 - 6
- Facteurs déterminants et pronostic de l'hématome rétroplacentaire au sénégal : étude Cas-témoins.**  
Diouf AA, Niass A, Diallo M, Sene C, Dia A, Diouf A.....7 - 10
- Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances, attitudes et participation des femmes guinéennes au service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital national Ignace Deen CHU de Conakry**  
Diallo AB, Leno D W A, Conté I, Bah IK, Bah EM, Sow IS, Tokpo AYA, Touré S, Keita N.....11 - 17
- Facteurs de risque de mortalité des nouveau-nés référés de la maternité de Donka à l'institut de nutrition et santé de l'enfant (INSE) sur 10 années d'activités.**  
Diallo IS, Diallo S, Bah EM, Djuikouo TA, Diallo TS, Conte N, Niane H, Cisse M, Keita N, Sy T .....18 - 24
- Evaluation du risque cardiovasculaire chez les femmes enceintes au centre médical communal (CMC) « Les flamboyants ».**  
Diakité F, Bah IK, Baldé MS, Koné A, Bangoura F, Chérif I, Bah AB, Traoré M, Kaba ML....30 - 33
- Notre experience de l'autotransfusion dans la prise en charge de la grossesse extra uterine rompue.**  
Mamy GF, Soumaoro LT, Fofana H, Dabo M, Diakité S, Maxime K, Mulbah J, Zuanah M, Colma P, Diallo AT, Touré A .....34 - 37
- Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de Saint Louis sur le cancer du col**  
Thiam O, Gueye L, Diallo M, Gassama O, Sarr SCT, Sow DB, Toure M, Konate I, Mbaye M, Moreau JC .....38 - 43

## CAS CLINIQUE (CASE REPORT)

- Grossesse molaire ectopique : a propos d'un cas au centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant lagune (CHU-MEL) de Cotonou au Benin et revue de littérature**  
Aboubakar M, Lokossou MSHS, Tognifode MV, Dangbemey P, Lokossou S, Perrin RX.....44 - 47

# Table des matières

## ARTICLES ORIGINAUX (ORIGINAL PAPERS)

***Failure factors for surgical treatment of obstetric fistula: about 49 cases operated at the district hospital of Tanguieta, northern Benin, in 2018***

Ogoudjobi OM, Hounkpatin BIB, Dangbemey P, Aholou MAR, Tshabu Aguemon C, Zannou ARF, Aboubakar M, Lokossou MSHS, Yunga Foma JDD, Rochat C-H, Perrin R-X.....1 - 5

***Determining factor and prognosis of abruptio placenta in senegal: case-control study***

Diouf AA, Niass A, Diallo M, Sene C, Dia A, Diouf A.....6 - 11

***Knowledge, attitudes and participation of guinean women in the screening of cervical cancer in the gynecology-obstetrics department of the national hospital Ignace Deen of Conakry***

Diallo AB, Leno D W A, Conté I, Bah IK, Bah EM, Sow IS, Tokpo AYA, Touré S, Keita N.....11 - 17

***Risk factors for mortality of newborns referred from Donka maternity clinic to the institute of child nutrition and health (INSE) over 10 years of activity.***

Diallo IS, Diallo S, Bah EM, Djuikouo TA, Diallo TS, Conte N, Niane H, Cisse M, Keita N, Sy T .....18 - 24

***Evaluation of the cardiovascular risk among pregnant women in the communal medical center (CMC) « Les flamboyants ».***

Diakité F, Bah IK, Baldé MS, Koné A, Bangoura F, Chérif I, Bah AB, Traoré M, Kaba ML.....30 - 33

***Our experience of autotransfusion in the management of ruptured ectopic pregnancy***

Mamy GF, Soumaoro LT, Fofana H, Dabo M, Diakité S, Maxime K, Mulbah J, Zuanah M, Colma P, Diallo AT, Touré A .....34 - 37

***urvey of knowledge, attitudes and practices of Saint Louis providers on cervical cancer***

Thiam O, Gueye L, Diallo M, Gassama O, Sarr SCT, Sow DB, Toure M, Konate I, Mbaye M, Moreau JC .....38 - 43

## CAS CLINIQUE (CASE REPORT)

***Grossesse molaire ectopique : a propos d'un cas au centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant lagune (CHU-MEL) de Cotonou au Benin et revue de littérature***

Aboubakar M, Lokossou MSHS, Tognifode MV, Dangbemey P, Lokossou S, Perrin RX.....44 - 47

**CANCER DU SEIN ASSOCIE A LA GROSSESSE (CSAG) AU CENTRE NATIONAL  
HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA (CNHU/HKM) DE  
COTONOU**

*BREAST CANCER ASSOCIATED WITH PREGNANCY AT NATIONAL UNIVERSITY HOSPITAL  
CENTER- HUBERT KOUTOUKOU MAGA (CNHU / HKM) OF COTONOU*

ABOUBAKAR M<sup>1</sup>, TAIROU-KAKI A<sup>1</sup>, GNANGNON F<sup>2</sup>, TOGNIFODE V<sup>1</sup>, DANGBEMEY P<sup>1</sup>,  
LOKOSSOU MSHS<sup>1</sup>, OGOUDJOBI OM<sup>1</sup>, HOUNKPATIN B<sup>1</sup>, LOKOSSOU A<sup>1</sup>, PERRIN RX<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Département Mère Enfant, Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey-Calavi, Cotonou  
Bénin

<sup>2</sup>Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale, (CNHU/HKM)

---

**Correspondances** : Aboubakar Moufalilou, Unité de Gynécologie Obstétrique, 01BP107 : Cotonou, Tel : (00229)  
66618776. Mail : moufaliloua@yahoo.fr

**RÉSUMÉ**

**Objectif** : Étudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de l'association cancer du sein et grossesse au CNHU-HKM de Cotonou.

**Méthode d'étude** : Nous avons mené une étude, rétrospective sur 5 ans allant du 1<sup>er</sup> octobre 2012 au 30 Septembre 2017 au CNHU de Cotonou.

**Résultats** : La fréquence du CSAG est de 2,9% (6cas/204). L'âge moyen des patientes était de 33,17 ans avec des extrêmes de 28 et 37 ans. La tumeur était supérieure ou égale à 5cm dans 4 cas, a été découverte au 3<sup>e</sup> trimestre dans 3cas et le délai moyen au diagnostic était de 7,5 mois. Le principal type histologique était le carcinome canalaire infiltrant. Toutes les patientes ont bénéficié de chimiothérapie et de mastectomie avec curage axillaire. Une hormonothérapie (RH+), une thérapie ciblée (HER+) et la radiothérapie ont été réalisées en plus pour d'autres en post-partum. Nous avons noté 2 cas de récurrences locales et un cas de décès.

**Conclusion** : Le cancer du sein associé à la grossesse est une affection relativement rare. Elle est découverte à des stades avancés. Sa prise en charge est délicate et reste pluridisciplinaire.

**Mots clés** : cancer du sein- grossesse- Cotonou

**Objective:** Study the epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of the association breast cancer and pregnancy at the CNHU-HKM of Cotonou.

**Study method:** We conducted a five-year retrospective study from October 1, 2012 to September 30, 2017 at the CNHU of Cotonou

**Results:** The frequency of CSAG was 2.9% (6cases/204). The average age of the patients was 33,17 years with extremes of 28 and 37 years. The tumor was superior or equal to 5cm in 4cases, was discovered in the third trimester of pregnancy in 50% and the average time to diagnostic was 7,5 months. The main histological type was invasive ductal adenocarcinoma (83,3%). All the patients benefited of chemotherapy and mastectomy and axillary dissection. Hormono therapy (RH +), targeted therapy (HER +) and radiotherapy have been performed in addition for others. We noticed two cases of local recurrence and one case of death.

**Conclusion:** Breast cancer associated with pregnancy is a relatively rare condition. It is discovered at advanced stages. His care is delicate and remains multidisciplinary.

**Key words:** breast cancer-pregnancy-cotonou

## INTRODUCTION

Le cancer du sein associé à la grossesse (CSAG) est un cancer du sein diagnostiqué au cours de la grossesse ou dans la première année qui suit l'accouchement. Les tumeurs malignes les plus fréquemment diagnostiquées pendant la grossesse sont celles dont le pic d'incidence se situe dans la période de procréation tels que le sein, le col utérin, le mélanome, le cancer de la thyroïde ou les cancers hématopoïétiques [1]. Les données de la littérature rapportent l'incidence de cette association à 1 pour 3000 grossesse [2,3]. Ils représentent les cancers les plus fréquemment diagnostiqués au cours de la grossesse avec 8% chez les femmes de moins de 45 ans et 18% chez les femmes de moins de 30 ans [2]. Des perspectives de traitement ont beaucoup évolué et il devient possible dans un nombre de cas non négligeable d'envisager une issue favorable de la grossesse associée à un traitement efficace du cancer chez la mère.

Plusieurs études sur le cancer, notamment les cancers gynécologiques et mammaires ont été déjà réalisées au Bénin. Ainsi celle réalisée en 2009 sur les cancers gynécologiques et mammaires avait classé le cancer du sein en tête avec un taux de 44,3% [4]. Mais aucune étude n'a porté sur l'association cancer du sein et grossesse.

Nous nous proposons d'étudier le cancer du sein associé à la grossesse au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou.

## METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective qui a porté sur une période 5 ans allant du 1<sup>er</sup> octobre 2012 au 30 Septembre 2017 réalisée dans le service A de la clinique universitaire de Chirurgie digestive du CNHU-HKM de Cotonou Elle a porté sur les dossiers des patientes ayant consulté en chirurgie viscérale pour une tumeur du sein pendant la période d'étude. Ont été incluses les patientes porteuses d'une tumeur maligne du sein et qui était soit gestante soit accouchée depuis au plus un an. Le diagnostic de tumeur du sein a été retenu sur la base d'un examen histologique. Les variables étudiées étaient sociodémographiques, clinique, paracliniques, thérapeutiques et pronostiques. Les données ont été traitées grâce au logiciel Word et Excel

## RESULTATS

Six cas de cancer découverts au cours de la grossesse ou dans l'année suivant l'accouchement ont été notés sur un total de 204 cas de cancer du

sein soit une fréquence de 2,9%.

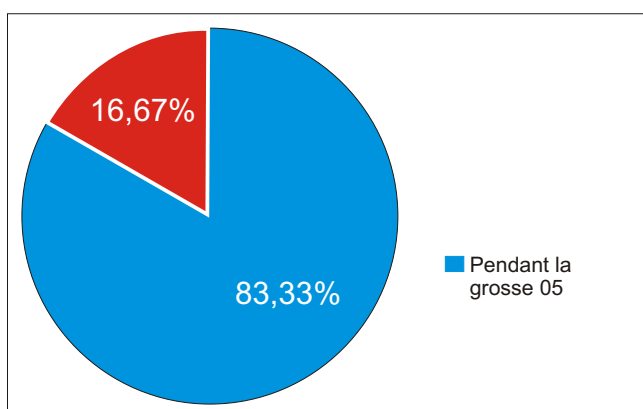
L'âge moyen des patientes étaient de 33,17 ans. La patiente la plus jeune avait 28 ans et la plus âgée en avait 37. Celles âgées de plus de 35 ans représentaient la moitié.

### Clinique

Un antécédent familial de cancer du sein a été retrouvé chez deux patientes. La majorité des patientes était paucigeste et paucipare (3/6 dans les deux cas)

Chez cinq patientes, la tumeur a été découverte lors d'un auto-examen du sein et la majorité (04) a consulté dans un délai de 2 à 6 mois. Le délai moyen entre l'apparition des premiers symptômes et le premier examen physique était de 7,5 mois avec des extrêmes de 1 mois et 29 mois

### Moment de la découverte



**Figure :** Répartition des CSAG en fonction de la période de découverte

Les CSAG étaient découverts pendant la grossesse dans 5 cas dont trois au 3<sup>ème</sup> trimestre. Le terme moyen de grossesse au moment du diagnostic était de 21SA.

La tumeur siégeait dans le sein droit dans 4 cas. Elle occupait les 4 quadrants dans la moitié des cas. La taille de la tumeur était = 5 cm chez 4 patientes. La taille moyenne était de 8,33cm avec des extrêmes de 3 et 15cm. Une adénopathie axillaire homolatérale avait été retrouvée chez 4 patientes.

### Paraclinique

La mammographie et l'échographie mammaire ont été réalisées chacune par deux patientes (33,3%). Les lésions étaient classées ACR4 et ACR5. L'histologie après microbiopsie au tru-cut a été réalisée. L'adénocarcinome canalaire infiltrant a été retrouvé chez 5 patientes. Chez une patiente il s'agissait d'adénocarcinome pléomorphe (de type colloïde muqueux et pseudo-lobulaire). Le grade SBR était III chez 5 patientes et II dans le dernier cas. Les récepteurs hormonaux RP et RO étaient

positifs dans 4 cas et la surexpression du gène HER2 a été notée dans deux cas.

Les marqueurs tumoraux (CA 5? ) ont été réalisés chez 2 patientes et sont revenus élevés dans les deux cas (37,32UI/ml et 93,99 UI/ml ). La majorité des patientes était classée T4N2M0 (4 cas).

#### **Prise en charge**

Le scanner thoraco-abdominal et pelvien réalisé en post-partum a objectivé des métastases hépatiques chez une seule patiente.

Toutes les 6 patientes ont bénéficié d'une mastectomie avec curage axillaire et d'une chimiothérapie néo-adjuvante. L'hormonothérapie au tamoxifène a été administrée chez 4 patientes ayant des récepteurs hormonaux positifs à la progestérone et à l'œstrogène et 3 patientes ont bénéficié de la radiothérapie en suite de couches. Deux patientes ont bénéficié de la thérapie ciblée avec du trastuzumab.

#### **Pronostic**

Un décès dans un tableau de métastases hépatique, pulmonaire et cérébrale a été enregistré et deux cas de récurrence locale ont été notés .Un cas de prématurité induite à 32 SA a été noté chez un nouveau-né décédé en néonatalogie.

## **DISCUSSION**

### **Fréquence**

La fréquence du CSAG dans notre série était de 2,94%. D'ARGENT [5] en 1976 avait trouvé une fréquence de 2,1% de CSAG. Selon l'institut français de veille sanitaire, 0,2 à 3,8% des cancers du sein coïncident avec une grossesse ou une période d'allaitement [6]. Il est très probable que cette fréquence soit sous-estimée compte tenu de la tendance à consulter les tradithérapeutes.

### **Age des patientes**

Le CSAG survient chez la patiente jeune. Cet âge pourrait cependant augmenter dans notre contexte du fait des grossesses de plus en plus tardives notamment chez les femmes intellectuelles.

L'âge moyen dans notre étude était de 33,17 ans comparable aux 33 ans d'après le registre européen [7], aux 33 à 34 ans selon CHOPIER et al [8], et aux 31,5 et 35 ans d'après une étude multicentrique conduite par GIACALONE [9].

### **Données cliniques**

Selon plusieurs auteurs, la masse palpable est le mode de révélation le plus courant du cancer du sein [9-12]. Dans notre étude cette masse a été découverte lors de l'auto-examen des seins. (83,3%). Cette technique mérite donc d'être promue auprès des femmes et l'examen des seins

doit être systématique lors des consultations de suivi de la grossesse.

La majorité de nos patientes (66,7%) avait consulté dans un délai compris entre 2 et 6 mois, conforme au délai trouvé par BAGNAN [4].

Le délai moyen au diagnostic était de 7,5 mois comparable à celui relevé par ALOULOU [12] au Maroc (8,47 mois). Pour CHOPIER et al [8], le délai moyen au diagnostic était de 4 à 7 mois.

Les causes du retard au diagnostic sont multiples : non évocation par le médecin du diagnostic de cancer du sein au cours de la grossesse et remettant donc à plus tard les explorations ; difficultés au diagnostic du fait des modifications hormonales des seins ; hésitation à prescrire une mammographie au cours de la grossesse, recours préférentiel des patientes aux tradithérapeutes et manque de moyens financiers. En tout état de cause, pour TRETLI S et al [13], le diagnostic est souvent fait à un stade plus avancé qu'en dehors de la grossesse avec un retard diagnostic allant de 05 à 15 mois selon les séries.

La tumeur siégeait dans le quadrant supéro-externe du sein dans la majorité des cas comme cela a été aussi trouvé par TAIWO [14] dans son étude. Dans notre étude, 4/6 patientes avaient une taille tumorale = 5 cm . FREDHLOM H [12] dans sa cohorte a trouvé 16% de tumeurs ayant une taille = 5 cm. GIACALONE et al [9] avait trouvé que seuls 58% des cancers ont une taille inférieure ou égale à 5 cm contre 85% en dehors de la grossesse. Si cette grande taille au moment de la découverte peut s'expliquer par le retard au diagnostic. Il est à noter cependant une surévaluation fréquente de la taille de la lésion.

Dans notre étude, 66,7% des patientes avaient un envahissement ganglionnaire. Plusieurs auteurs ont retrouvé un envahissement plus fréquent chez les femmes enceintes que chez les témoins non enceintes : [ 15-19]. D'après KING [20], la grossesse semble aggraver le pronostic du cancer du sein en augmentant la fréquence et la gravité de l'envahissement ganglionnaire.

### **Paraclinique**

Outre l'absence de moyens financiers, la réticence du personnel soignant à prescrire une mammographie au cours de la grossesse peut expliquer le faible taux de sa réalisation (2/6) dans notre étude. La mammographie (avec protection abdominale et pelvienne) est pourtant acceptable pendant la grossesse (radiation inférieure à 0,5 Gy pour l'embryon/fœtus) [21]. Cependant, son utilité diagnostique est limitée, car l'augmentation de la densité diminue la sensibilité à moins de 70 % [22] et



sa normalité ne permet pas d'écarter le diagnostic de cancer mammaire. Elle présente un intérêt dans le dépistage des micro calcifications.

L'échographie mammaire est donc plus performante dans ce contexte et est réalisable à tout âge de la grossesse sans risque pour la mère et le fœtus et offre un contraste satisfaisant du fait de l'hydratation mammaire. Dans notre étude tous les résultats étaient pathologiques aussi bien la mammographie que l'échographie probablement du fait du stade avancé de la pathologie.

L'adénocarcinome canalaire infiltrant était retrouvé dans 83,33% des cas. Ce taux est identique à celui trouvé par TAIWO [14] (87,2%) et ABASS [23] (87,8%), respectivement au Bénin et au Maroc en dehors de la grossesse. Pour PETREK J et al [17] le type le plus fréquent reste le canalaire infiltrant comme cela est observé en dehors de la grossesse.

### **Le grade SBR**

Plusieurs études s'accordent sur la prévalence d'un grade SBR élevé au cours de la grossesse. En 2012, MURPHY et al [15], ont trouvé que le grade histopronostic était significativement plus élevé dans le groupe des CSAG que dans le groupe témoin (95% et 90% de lésions SBR II ou III,  $p=0,0115$ ). Certains auteurs expliquent cette constatation par une plus grande agressivité du cancer du sein chez la femme jeune. Cette agressivité s'explique par plusieurs théories :

- théorie vasculaire ou l'hypervascularisation artério-veineuse et lymphatique gravidique favoriserait les formes métastatiques
- théorie immunologique relative à la tolérance immunologique de la grossesse et ses modifications induites
- théorie hormonale qui fit intervenir la prolactine qui serait responsable du mauvais pronostic des tumeurs survenant au 3<sup>ème</sup> trimestre.

### **Récepteurs hormonaux**

Dans la littérature, plusieurs auteurs s'accordent sur le fait que les CSAG sont moins hormono-dépendants que les cancers diagnostiqués en dehors de la grossesse. ISHIDA et al [23] rapportent 70% de tumeurs récepteurs négatifs chez les femmes enceintes contre 39% chez les témoins appariés. Dans notre étude, les récepteurs hormonaux RP et RO étaient positifs chacun dans 4/6 des cas.

Par ailleurs on a noté une surexpression du gène HER2 dans 33,3%. La faible surexpression des récepteurs hormonaux serait spécifique des femmes enceintes pour certains ; pour d'autres, il s'agirait d'une caractéristique des femmes jeunes.

### **Traitement**

La chirurgie constitue la principale arme thérapeutique et connaît les mêmes indications qu'en dehors de la grossesse.

Dans notre étude, toutes les patientes avaient bénéficié d'une mastectomie avec curage axillaire. Pour DARGENT et al [5] il est dorénavant admis que le traitement conservateur soit une tumorectomie élargie avec lymphadénectomie axillaire pendant la grossesse à la double condition que la radiothérapie ne soit pas retardée de trois mois et qu'elle ne soit pas toxique compte tenu de l'âge de la grossesse, du site d'impact et des doses délivrées.

### **Chimiothérapie**

Toutes les patientes de notre étude avaient bénéficié d'une chimiothérapie néo-adjuvante. Le protocole FEC avait été utilisé pour 50% des patientes dans notre étude.

Le caractère agressif des CSAG et l'âge jeune des patientes fait que la chimiothérapie occupe une place importante dans la thérapeutique à proposer. L'utilisation d'un tel traitement au cours de la grossesse doit être justifiée par un réel bénéfice attendu pour la mère ; ce bénéfice doit être mis en balance avec le risque fœtal, surtout en début de grossesse. [9].

La radiothérapie est contre indiquée pendant la grossesse et se fera dans le post-partum. L'hormonothérapie doit être envisagée après l'accouchement compte tenu de ses effets tératogènes pendant la grossesse.

Dans une étude portant sur 50 grossesses exposées au tamoxifène, 10 fœtus présentaient des malformations dont 2 cas de défaut cranio-facial [6]. D'autres malformations plus rares ont été observées ; parmi elles des cas d'ambiguïté sexuelle et un syndrome de Goldenhar ou syndrome de dysplasie oculo-auriculo-vertébrale.

### **Pronostic**

Le pronostic des cancers du sein associés à la grossesse est globalement moins bon. En Effet une étude menée par GIACALONE [9] et al trouve une survie abaissée des CSAG par rapport aux femmes non enceintes aussi bien à 3 ans (57% contre 74%), qu'à 5 ans (43% contre 64%). Dans notre étude, nous avons eu 2 (33,3%) récidives locales et 1 (16,7%) décès.

Concernant le pronostic fœtal, il est dominé par le risque de prématurité induite et l'hypotrophie fœtale (prématurité, mauvais état général maternel). Nous avons enregistré un cas de prématurité induite à 32 SA.

## RÉFÉRENCES

- 1- **Lesieur B et al.** Risque de cancer du sein lié à la grossesse. *J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod.* 2008, 37:77-81
- 2- **Mathieu E, Merviel P, Barranger E, Uzan S.** Cancers et grossesses. Prise en charge du cancer du sein découvert au cours et au décours de la grossesse. 2002, Paris, Ed John Libbery eurotext, 137p.?
- 3- **Mathieu E, Merviel P, Antoinejm, Uzan S.** Cancer and pregnancy: the point of view of the obstetrician. *Bull cancer* 2002; 89:758-64.
- 4- **Tonato Bagnan JA, Denakpo JL, Aguida B, Hounkpatin L, Lokossou A, de Souza J, Perrin RX.** Epidémiologie des cancers gynécologiques et mammaires à l'Hôpital de la Mère et de l'enfant-Lagune (HOMEL) et à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) de Cotonou, Bénin. *Bulletin du cancer* Février 2013 ;100(2) :141-6.
- 5- **Dargent D, Mayer M, Lansac J, Carret JL.** cancer du sein et grossesse : à propos de 96 cas suivis pendant trois ans au moins au centre de Léon Bernard, Lyon. *J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod.*, 1976; 5: p.783-804.
- 6- **Mir O, Berveiller P, Ropert S, Goffinet F, Pons G, Treluyer JM, Goldwasser F.** Emerging therapeutic option for breast cancer chemotherapy during pregnancy. *Ann Oncol* 2008;19:607-13.
- 7- **Shivvers SA, Miller DS.** Pre-invasive and invasive breast and cervical cancer prior to or during pregnancy. *Clin Perinatol* 1997;24(2):369-89.
- 8- **Chopier J, Rouzier R.** Cancer du sein découvert pendant la grossesse : particularités cliniques et diagnostiques. *Imagerie de la Femme* 2009 ; 19(4) : 240-6.
- 9- **Giacalone Pl, Bonnier P, Laffargue F, Dilhuydy Mh, Piana L.** Cancer du sein pendant la grossesse. Etude multicentrique à propos de 178 cas. In : XVI<sup>e</sup> Journées Nationales de la Société Française de Sénologie et de pathologie mammaire. Dijon 1994.
- 10- **Cold S, Daring M, Ewertz M, Knoop A, Moll S.** Does timing of adjuvant chemotherapy influence the prognosis after early breast cancer? Results of the Danish breast cancer cooperative group (DBCG). *Br J Cancer* 2005;13:446-51.
- 11- **Abbas F, Bennis S, Znati K, Akasbi Y, Amrani JK, Mesbahi OEI et coll.** Le profil épidémiologique et biologique du cancer du sein à Fès Boulemane (Maroc). 2011 ; 17(12) : 930-6p?
- 12- **Fredholm H, Eaker S, Frisell J, Holmberg L, Fredriksson I, Lindman H.** Breast cancer in young women: poor survival despite intensive treatment, *Plos One*, 2009, (4) : 11.?
- 13- **Tretli S, Kvalheim G, Thoresen S, Host H.** Survival of breast cancer patients diagnosed during pregnancy or lactation. *Br J cancer* 1988 ; 58 : 382-4
- 14- **Taiwo K.** La prise en charge du cancer du sein dans les cliniques universitaires de chirurgie viscérale du CNHU/HKM de Cotonou. Bénin, UAC-FSS ; 2012. 125p.
- 15- **Murphy G et al.** current or recent pregnancy associated with adverse pathologic features but not impaired survival in early breast cancer. *Cancer*, 2012, N°118. P 3254-3259 .
- 16- **Janni W, Hepp P, Nestle-Kraemling C, Salmen J, Rack B, Genss E.** Treatment of pregnancy associated with breast cancer. *Expert Opin Pharmacother.* 2009; 10(14): 2259-67.
- 17- **Petrek J, Dukoff R, Rogatko A.** Prognosis of pregnancy associated breast cancer. *Cancer* 1991 ;67:869-72
- 18- **Rosemond G, Maier W.** The complication of pregnancy on breast cancer? Breast cancer management. Early and late. London, Heineman, 1971 : 227-35
- 19- **Ribeiro GG, Palmer MK.** Breast carcinoma associated with pregnancy : a clinician's dilemma. *Br J Med* 1977 ; 2 : 1524-7
- 20- **King RM, Welch JS, Martin Jk, Coulan CB.** Carcinoma of the breast associated with pregnancy. *Surg Gynecol Obstet* 1985; 160:228-32.
- 21- **Radea F; Dioc RZA.** Réflexion sur létude statistique des cancers du sein observés dans notre service (à propos de 117 cas). *Afrique Médecine.* 1979; 18 (173): 591p.?
- 22- **Webb JA, Thomsen HS, Morcos SK.** Members of contrast Media Safety Committee of European Society of Urogenital Radiology (ESUR). The use of iodinated and gadolinium contrast media during pregnancy and lactation. *Eur Radiol* 2005;15:1234-40.
- 23- **Ishida T, Yokoe T, Kasumi F et al.** Chimeo pathologic characteristic and prognosis of breast cancer patients associated with pregnancy and lactation: analysis of case control study in Japan. *Jpn J; Cancer Res* 1992; 83: 1143-9.